## 报价表

| **序号** | **产品名称** | **注册证名称** | **注册证号** | **规格** | **型号** | **品牌** | **理论测试数** | **生产厂家** | **计量****单位** | **给建发医药报价****（元/盒）** | **公立医院****入院价格****（元/盒）** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 沙门氏菌属诊断血清 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 志贺氏菌属诊断血清 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | O1群霍乱弧菌诊断血清 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **性能验证要求：供应商需免费安排工程师到院完成性能验证，并免费提供所需主试剂、校准品、质控品、耗材等。** |
| **付款方式为：货到付款 ，账期： 天（自然日），需提供增值税专用发票，税点： 。** |
| **配套专用校准品：□试剂盒内含有校准品 □按医院需求配套赠送校准品 □额外购买：需新增行填写相关产品报价 □无配套校准品** |
| **配套专用质控品：□试剂盒内含有质控品 □按医院需求配套赠送质控品 □额外购买：需新增行填写相关产品报价 □无配套质控品** |
| **配套专用耗材：□试剂盒内含有耗材 □按医院需求配套赠送耗材 □额外购买：需新增行填写相关产品报价 □无配套耗材** |
| **到货有效期： 个月（建议产品首批到院试剂效期不少于9个月，按照实际情况填写）。** |
| **供应商：** **2024年6月 日** |

**备注：**

1. **该报价为配送到招标人厦门指定仓库的价格，若此次存在未报价试剂，后续院方如需增加，全部视为免费提供，请避免漏填。**
2. **请写明给建发医药的报价以及公立医院的价格，并提供三甲公立医院销售发票（3家及以上）。**